



# Application à la communauté de Nazareth

## Responsabilités des résidents

Le résident rencontrera l'équipe d'intervention pour travailler ensemble sur les buts et objectifs personnels. Le résident paiera le loyer le premier jour de chaque mois. Le résident fera partie de notre communauté et participera aux activités quotidiennes, aux tâches ménagères et aux réunions des résidents.

### **Partie I**

- \_\_\_ Maison Nazareth
- \_\_\_ Appartements Hope
- \_\_\_ Maison d'Anne
- \_\_\_ Maison de John

### **Candidat:**

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
An Mois Jour

Langues parlées:  Anglais  Français  Autre \_\_\_\_\_

Adresse actuelle: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postale: \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps vivez-vous à Montréal? \_\_\_\_\_

Raison de quitter le logement précédent? \_\_\_\_\_

Êtes-vous considéré comme une personne à risque d'itinérance? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Numéro de telephone cellulaire: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

### **Citoyenneté:**

Êtes-vous citoyen canadien? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Êtes-vous résident permanent? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si vous n'êtes pas citoyen canadien ou résident permanent, indiquez votre statut actuel:

\_\_\_\_\_

**Emploi:**

- Employé à temps complet       Employé à temps partiel       Sans emploi  
 Bénévolat       Programme de travail       Étudiant

Avez-vous participé / terminé un programme d'action PAAS? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, quand? \_\_\_\_\_

**Situation financière:**

Source de revenu:

- Revenu d'emploi    Assistance sociale    Invalidité    Pension    Héritage

Autre: \_\_\_\_\_

Revenu mensuel: \_\_\_\_\_ Revenu annuel: \_\_\_\_\_

Comment budgétisez-vous votre argent? \_\_\_\_\_

Avez-vous des dettes? \_\_\_\_\_

**Logement:**

À quelle date avez-vous besoin d'un logement à faible revenu: \_\_\_\_\_

Êtes-vous à la recherche d'un logement à long terme? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Pour combien de temps avez-vous besoin d'un logement? \_\_\_\_\_

**Statut légal:**

Avez-vous une date d'audience en instance? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, explique pourquoi: \_\_\_\_\_

Avez-vous des antécédents judiciaires actifs? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

## Partie II

### Antécédents médicaux:

Êtes-vous actuellement traité pour un problème de santé? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Liste de médicaments:

\_\_\_\_\_

Comment votre médicament est-il contrôlé?  
\_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments sans ordonnance? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Prenez-vous des suppléments à base de plantes? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Début de la maladie mentale: \_\_\_\_\_

Dernières hospitalisations: \_\_\_\_\_

Raisons des hospitalisations: \_\_\_\_\_

Diagnostic clinique: \_\_\_\_\_

Antécédents d'idéation suicidaire: \_\_\_\_\_

Limitations de santé: \_\_\_\_\_

Diabète  Trouble de l'alimentation  Dépendance  Incontinence  Fibromyalgie

Mémoire

### Mobilité:

Mobilité complète: Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Avez-vous besoin  Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant  Barres de saie de bain   
Transport Adapté

Avez-vous besoin d'un accompagnement pour rendez-vous? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

### **Personal Health Providers and Support Services:**

Hôpital: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Psychiatre: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Conservateur: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Autre: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

### **Partie III**

#### **Activités de la vie quotidienne**

##### **Entretien de l'hygiène**

Rappels pour  la lessive  l'hygiène personnelle  l'entretien de la chambre

##### **Fumeur:**

Fumeur \_\_\_\_\_ Non-fumeur \_\_\_\_\_

Combien de cigarettes fumez-vous par jour? \_\_\_\_\_

Fumez-vous à l'intérieur? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Fumez-vous au lit? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

\* La maison de Nazareth et la maison d'Anne n'autorisent que les cigarettes émises par le gouvernement

##### **Rythme de sommeil:**

Avez-vous du mal à dormir? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

À quelle heure couchez-vous? \_\_\_\_\_ Combien d'heures dormez-vous? \_\_\_\_\_

Si vous êtes debout la nuit, qu'est-ce que votre comportement habituel?

\_\_\_\_\_

Combien d'heures dormez-vous pendant la journée? \_\_\_\_\_

**Consommation de café:**

Combien de cafés buvez-vous par jour? \_\_\_\_\_

**Références:**

Chaque candidat doit avoir deux références qui peuvent attester que les informations fournies par le candidat sont correctes. Les références doivent connaître le client depuis plus de 3 mois et avoir une bonne compréhension de leurs capacités et être en mesure de recommander que le candidat fasse partie de la communauté de Nazareth. Ces personnes seront contactées pour plus d'informations par le comité de sélection de la communauté de Nazareth. Cette section de la demande est considérée comme une autorisation de communiquer.

Nom: \_\_\_\_\_

Nom de l'organisation: \_\_\_\_\_

Titre/relation au candidat: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Nom de l'organisation: \_\_\_\_\_

Titre/relation au candidat: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

**Contact d'urgence:** \_\_\_\_\_ **Relation:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ **Ville:** \_\_\_\_\_

Code postale: \_\_\_\_\_ **Téléphone:** \_\_\_\_\_

J'accepte les attentes de la communauté de Nazareth et les informations ci-dessus sont correctes,

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature Date

Les applications peuvent être envoyées à :

**La maison Nazareth**

1197 Seymour, Montréal  
(QC) H3A 2A4  
Tél: 514-933-6916  
Courriel: nazareth.maison@gmail.com

**La maison d'Anne**

1197 Seymour, Montréal  
(QC) H3A 2A4  
Tél: 514-908-9681 Fax : 514-819-9957  
Courriel: annes.maison@gmail.com

**Accord de logement et de soutien entre Nazareth Community Inc.**

---

L'organisation de référence aide le candidat à préparer et à fournir les informations suivantes à l'organisation acceptante: antécédents du résident, antécédents médicaux et sociaux, ainsi que leur fonctionnement dans les AVQ (activités de la vie quotidienne).

Les organisations référentes et acceptantes coopéreront pour garantir que les candidats potentiels ont mis en place des services de soutien aux soins de santé (spécifiquement psychiatriques) pour faciliter leur transfert vers le nouveau secteur.

Les organisations de référence et d'acceptation coopéreront pour garantir que les résidents transférés bénéficient de l'aide et de la compagnie lors du déplacement de leurs effets personnels, si nécessaire, vers leur nouveau logement.

Pour être admis au transfert, les candidats potentiels ne doivent avoir aucune affaire judiciaire en instance connue; doit divulguer tout historique connu d'activités criminelles et / ou de dossiers antérieurs; et doit avoir réussi à gérer toute dépendance pendant au moins 9 mois.

Si un résident est invité à quitter l'une ou l'autre organisation, cette organisation fera de son mieux pour aider le résident en transition vers un nouvel environnement, sans garantir aucun résultat particulier.

Les organisations référentes et réceptrices feront de leur mieux pour garantir que tous les déménagements sont prévus pour le 1er du mois, faute de quoi elles négocieront de bonne foi pour évaluer et répartir les loyers entre elles.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature Date  
Organisation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature Date  
Organisation: \_\_\_\_\_